DOSSIER DE PRESSE

Mesures 14, 15, 16

Jeudi 1er mars 2012

MARS BLEU 2012

MOIS DE MOBILISATION CONTRE LE CANCER COLORECTAL

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ
SECRÉTARIAT D'ÉTAT CHARGÉ DE LA SANTÉ

L'Assurance Maladie

msa santé famille retraite services
L'essentiel & plus encore

RSI Régime Social des Indépendants

InVS INSTITUT DE VEILLE SANITAIRE

INSTITUT NATIONAL DU CANCER

Sommaire

LE DÉPISTAGE ORGANISÉ DU CANCER COLORECTAL : VERS LES TESTS IMMUNOLOGIQUES

1. CANCER COLORECTAL, DÉPISTER POUR MIEUX SOIGNER 2

DÉTECTER LA MALADIE À UN STADE PRÉCOCE 2
LE PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ 3

2. LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE 4

LA POPULATION-CIBLE 4
LA FRÉQUENCE 4
LE TEST 4
EN PRATIQUE 4
LES RÉSULTATS 5

3. UNE PARTICIPATION ENCORE INSUFFISANTE 6

UN TAUX DE PARTICIPATION DE 32 % 6
DES NIVEAUX D'ADHÉSION QUI DIFFÈRENT SELON LES DÉPARTEMENTS 6
LES FREINS À LA PARTICIPATION 8

4. LE RÔLE DU MÉDECIN TRAITANT 9

INFORMATION ET ORIENTATION 9
UN DÉPISTAGE À ANCRER DANS LA PRATIQUE DU MÉDECIN TRAITANT 9

5. VERS LES TESTS IMMUNOLOGIQUES 11

UN TEST PLUS PERFORMANT ET PLUS FIABLE 11
UNE PLUS GRANDE SIMPLICITÉ DE RÉALISATION, SUSCEPTIBLE D'AUGMENTER LA PARTICIPATION 12
UNE LECTURE AUTOMATISÉE AUGMENTANT L'ASSURANCE QUALITÉ 13
UNE OCCASION DE REMOBILISER LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES 13
UTILISATION DES TESTS IMMUNOLOGIQUES EN EUROPE 13
DÉCISION NATIONALE 13

MARS BLEU 2012 : LE DISPOSITIF D'INFORMATION

1. « DÈS 50 ANS, C'EST LE MOMENT… DE PARLER DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AVEC SON MÉDECIN TRAITANT » 15

UNE CAMPAGNE NATIONALE POUR FAVORISER LE DIALOGUE AVEC LE MÉDECIN TRAITANT ET RAPPELER LES MODALITÉS DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL 16
UN DISPOSITIF RENFORCÉ AUPRÈS DES POPULATIONS LES PLUS DIFFICILES À SENSIBILISER 18
UN ACCOMPAGNEMENT DES ACTEURS LOCAUX POUR RELAYER LA MOBILISATION SUR LE TERRAIN 19

2. DES ACTIONS À DESTINATION DES PROFESSIONNELS DE SANTÉ 21

FICHE ANNEXE 1. L'ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER COLORECTAL 22

FICHE ANNEXE 2. PARTICIPATION AU PROGRAMME DE DÉPISTAGE ORGANISÉ (CARTES INVS) 26

Le dépistage organisé du cancer colorectal : vers les tests immunologiques

1. Cancer colorectal, dépister pour mieux soigner

Le cancer colorectal est une tumeur maligne de la muqueuse du côlon ou du rectum. Il est aujourd'hui, avec plus de 40 000 nouveaux cas estimés en 2011[1], **le troisième cancer le plus fréquent** en France et **le deuxième en termes de mortalité** après le cancer du poumon (voir la fiche annexe « épidémiologie »).

Détecter la maladie à un stade précoce

Le cancer colorectal évolue souvent dans un premier temps sans symptôme ou signe avant-coureur. Il est, de ce fait, diagnostiqué parfois tardivement et nécessite alors des traitements lourds. Or, le cancer colorectal est un cancer que l'on peut dépister précocement.

On estime que 60 à 80 % des cancers colorectaux se développent à partir d'une tumeur bénigne, appelée polype ou adénome. Sur 1000 adénomes, 100 atteindront une taille d'1 cm et 25 deviendront des cancers, la séquence adénome-cancer durant en moyenne une dizaine d'années.

Le dépistage peut permettre d'identifier la maladie à un stade très précoce de son développement, voire de **détecter des adénomes, avant qu'ils n'évoluent vers un cancer.**

Le bénéfice du diagnostic précoce s'avère particulièrement important pour le cancer colorectal. En effet, **lorsque ce cancer est détecté à un stade précoce** (stade I, cancer superficiel dans la paroi de l'intestin), **le taux de survie à 5 ans après le diagnostic dépasse alors 90 %**[2].

Plusieurs études ont établi qu'en organisant un dépistage du cancer colorectal, fondé sur la réalisation d'un test de recherche de sang occulte dans les selles tous les deux ans, suivi d'une

[1] Hospices civils de Lyon / Institut de veille sanitaire / Institut national du cancer / Francim / Institut national de la santé et de la recherche médicale, *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011*, Rapport technique. Juin 2011 – http://www.invs.sante.fr/Dossiers-thematiques/Maladies-chroniques-et-traumatismes/Cancers/Surveillance-epidemiologique-des-cancers/Projections-Estimations-de-l-incidence-et-de-la-mortalite

[2] Horner MJ *et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2006* , National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/ based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.

coloscopie en cas de positivité du test, il était possible de diminuer de 15 % à 20 % la mortalité par cancer colorectal, avec un taux de participation de 50 %[3].

Le dépistage peut donc permettre d'agir sur la baisse de la mortalité par cancer colorectal mais aussi sur la qualité de vie du patient, avec des traitements moins lourds.

Le programme de dépistage organisé

Des expérimentations de dépistage organisé du cancer colorectal, mises en place par les pouvoirs publics et reposant sur un test de recherche de saignement occulte dans les selles (test au gaïac) ont été réalisées en France de 2002 à 2007 dans 23 départements pilotes. Au vu des premiers résultats encourageants, la décision a été prise de généraliser le dépistage organisé du cancer colorectal sur la base d'un cahier des charges publié au Journal Officiel[4].

Ce programme a ainsi été **déployé progressivement en France** pour couvrir, fin 2009, l'ensemble des départements.

Sur la période 2008-2009, l'évaluation du programme de dépistage organisé menée sur 46 départements par l'Institut de veille sanitaire (InVS) montre que ce programme a permis de détecter un adénome avancé chez 14 125 personnes et un cancer chez 5412 personnes.

Par ailleurs, les évaluations menées sur les premières campagnes de dépistage organisé indiquent que ce programme a permis de détecter, de **66 à 68 % de cancers de bon pronostic (stades I et II)**[5] parmi les cancers colorectaux invasifs.

[3] Kronborg et *al.*, Lancet 1996 ; 348 : 1467-71 ; Hardastle et *al.,* Lancet 1996 ; 348 : 1472-7 ; Faivre et *al.*, Gastroenterology 2004 ; 126 : 1674-80.

[4] Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers, Journal officiel (JO) n°295, 21 décembre 2006.

[5] Evaluation réalisée sur 14 départements ayant plus de cinq ans de recul après le début de leur programme à la date de point du 25 novembre 2009 - Goulard H., Jezewski-Serra D., Duport N., Salines E., Danzon A., *Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France, Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne*, InVS, décembre 2010.

2. Les modalités du dépistage

Le programme de dépistage organisé du cancer colorectal repose sur un cahier des charges[6]. Il est géré au niveau de chaque département par des **structures en charge de l'organisation des dépistages**.

La population-cible

Sont concernés par ce dépistage les **hommes et les femmes âgés de 50 à 74 ans -** dits à risque moyen de cancer colorectal - c'est-à-dire sans symptôme apparent ni histoire familiale ou personnelle d'adénome ou de cancer colorectal. Cette tranche d'âge est particulièrement ciblée car près de 95 % des cas de cancers colorectaux surviennent après l'âge de 50 ans[7].

La fréquence

Les structures en charge de l'organisation des dépistages invitent, **tous les deux ans**, par courrier, les hommes et les femmes de 50-74 ans à consulter leur médecin traitant.

Le test

Le programme de dépistage organisé repose sur un **test de recherche de sang occulte dans les selles** au gaïac puis, en cas de positivité du test, sur la réalisation d'une coloscopie.

C'est le médecin traitant qui remet ce test au patient, après avoir évalué son état de santé et recherché la présence de signes d'alerte particuliers ou de facteurs de risques. Si le patient est éligible au dépistage organisé, le médecin lui remet alors un test de recherche de sang dans les selles à **réaliser à son domicile**.

Le test et sa lecture sont pris en charge à 100 % par l'Assurance maladie.

En pratique

Le test est à réaliser chez soi sur trois selles consécutives. Il consiste à prélever, sur chaque selle, deux très petits fragments de la taille d'un grain de riz à déposer sur une plaquette. La plaquette est ensuite à insérer dans une enveloppe T (fournie dans le test), à envoyer au centre de lecture dont l'adresse est inscrite sur l'enveloppe.

[6] Arrêté du 29 septembre 2006 relatif au programme de dépistage des cancers, Journal officiel (JO) n°295, 21 décembre 2006.

[7] HCL / InVS / INCa/ Francim / Inserm, *Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011*, Rapport technique. Juin 2011 –

Les résultats

Les résultats de l'analyse sont transmis par le centre de lecture à la personne, à son médecin, ainsi qu'à la structure départementale en charge de l'organisation des dépistages, en vue de l'évaluation du programme.

Dans **97 à 98 % des cas, le test est négatif** et la personne est invitée à le renouveler deux ans plus tard. Les signes d'alerte lui sont rappelés afin de la conduire à consulter son médecin traitant sans attendre ce délai de 2 ans :

- présence de sang dans les selles ;
- troubles du transit d'apparition récente ;
- douleurs abdominales inexpliquées et d'apparition récente ;
- amaigrissement inexpliqué.

Dans le cas où le test est positif, la personne est invitée à consulter son médecin traitant afin qu'il lui prescrive une coloscopie. **La coloscopie**, effectuée par un gastroentérologue, constitue actuellement l'examen de référence pour mettre en évidence d'éventuelles anomalies du côlon ou du rectum. Elle permet en outre de retirer les adénomes. Dans ce cas (test positif suivi d'une coloscopie), la personne n'est plus éligible au programme de dépistage organisé, soit pour une durée de 5 ans, soit définitivement (elle rentre alors dans un cycle de surveillance individualisée).

3. Une participation encore insuffisante

Les estimations de la participation, réalisées par l'Institut de veille sanitaire (InVS) sur la période 2009-2010, portaient sur 95 départements ayant invité au moins une fois l'ensemble de leur population-cible. Les nouvelles estimations de la participation pour la période 2010-2011 reposent sur l'ensemble des départements français[8].

Un taux de participation de 32 %

Sur la période 2010-2011, plus de 17 millions de personnes âgées de 50 à 74 ans ont été invitées à se faire dépister. **Cinq millions d'entre elles ont, au final, réalisé le test**, soit un taux de participation de 32,1 %. Cette participation est plus élevée chez les femmes (34 %) que chez les hommes (30 %), quelle que soit la tranche d'âge observée. On constate également que les personnes de plus de 60 ans adhèrent davantage au programme que les individus plus jeunes.

Cette participation est stable par rapport à l'année précédente (33,8 % sur la période 2009-2010). Elle reste toutefois inférieure aux recommandations européennes de 45 % au minimum.

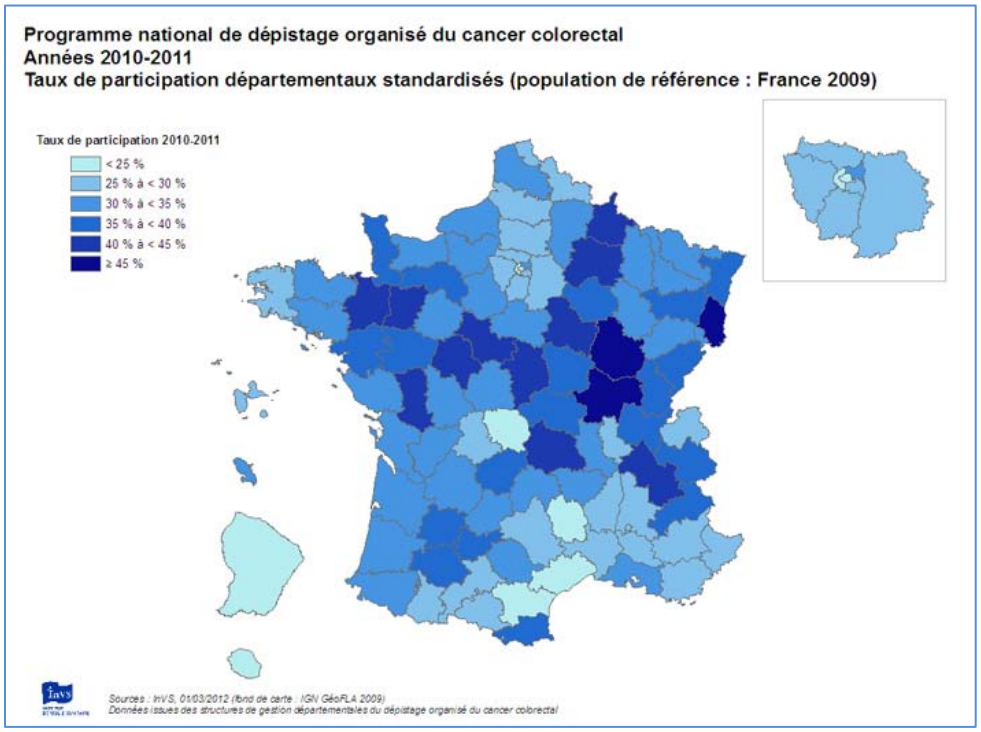
Des niveaux d'adhésion qui diffèrent selon les départements

La participation au dépistage organisé est inégale selon les régions. Le taux le plus élevé est enregistré pour la Bourgogne (47,5 %), le plus faible pour la Corse (8,3 %), entrée récemment dans le dispositif.

Au niveau des départements, les taux les plus élevés sont observés pour la Côte-d'Or et la Saône-et-Loire (plus de 50 % de participation). Seuls cinq départements (Cher, Côte-d'Or, Haut-Rhin, Isère, Saône-et-Loire) atteignent ou dépassent le seuil recommandé de 45 % de participation pour les années 2010 et 2011.

Les taux de participation de 23 départements ont augmenté entre 2009-2010 et 2010-2011 avec notamment une hausse de 67 % pour la Haute-Garonne qui passe ainsi de 17,0 % à 28,4 % de participation. En revanche, 33 départements ont des taux inférieurs à 30 % (voir la carte page suivante).

[8] A l'exception de Mayotte devenu département d'Outre-Mer le 31 mars 2011


Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Années 2010-2011
Taux de participation départementaux standardisés (population de référence : France 2009)
Taux de participation 2010-2011
< 25 %
25 % à < 30 %
30 % à < 35 %
35 % à < 40 %
40 % à < 45 %
≥ 45 %
Sources : InVS, 01/03/2012 (fond de carte : IGN GéoFLA 2009)
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Le pourcentage de personnes exclues de ce programme, car relevant d'autres modalités de dépistage (exclusions définitives pour raisons médicales ou temporaires suite à des résultats de coloscopie normaux) varie selon les départements de 2,4 % à près de 17,5 %. Les taux d'exclusions les plus bas sont observés principalement parmi les départements entrés tardivement dans le programme de dépistage et les départements d'Outre-Mer.

Le taux d'exclusions pour les 23 départements pilotes déjà engagés dans le programme de dépistage avant 2008 est de 12,8 %, supérieur au taux d'exclusions pour les autres départements (10,6 %). Cette différence peut être due, en partie, au fait que, pour les départements ayant plus d'antériorité dans le programme, les exclusions temporaires ou définitives consécutives à des résultats de coloscopies induites par le dépistage sont plus nombreuses que pour les départements débutant dans le dépistage organisé du cancer colorectal (voir la fiche annexe 2).

Le pourcentage de tests positifs est de 2,6 % parmi les tests analysables, soit 126 332 tests positifs. Il est plus élevé chez les hommes (3 %) que chez les femmes (2 %). Les deux départements avec les taux les plus élevés sont la Guyane (4,8 %) et l'Eure (4 %) alors que les Pyrénées-Atlantiques et la Martinique présentent les taux de tests positifs les plus bas (1,7 %). On constate que le taux de tests positifs est moins élevé dans les départements pilotes (2,4 %) que dans les autres départements (2,7 %). Ces résultats sont en faveur d'une diminution de la prévalence des lésions précancéreuses ou cancéreuses dans les départements impliqués depuis plusieurs années dans le dépistage.

Les freins à la participation

L'implantation du dépistage organisé du cancer colorectal est récente sur le territoire national et doit encore s'ancrer dans les habitudes de santé des hommes et femmes de 50-74 ans ainsi que dans la pratique des médecins traitants.

Il reste à vaincre plusieurs **freins qui persistent** chez les 50-74 ans et que l'on retrouve d'ailleurs pour d'autres dépistages : le fait de ne pas se sentir concerné, l'absence de symptôme (et la confusion entre dépistage et diagnostic), la peur liée aux résultats du dépistage et au cancer lui-même[9].

La connaissance des modalités du dépistage organisé du cancer colorectal doit encore être améliorée. Si la généralisation du programme de dépistage organisé, et les campagnes qui l'ont accompagnée, ont permis de mieux faire connaître le test de recherche de sang dans les selles, 33 % des personnes interrogées citent encore la coloscopie comme examen de dépistage de première intention[10].

Le dépistage organisé du cancer colorectal présente, en outre, par rapport au programme de dépistage organisé du cancer du sein, des spécificités qu'il est important de prendre en compte pour favoriser l'adhésion, puis la fidélisation à ce programme.

Le patient effectue lui-même le test de dépistage, chez lui. Cette modalité de dépistage nécessite donc une démarche active de la part du patient, d'autant plus qu'une manipulation des selles est nécessaire.

Le dépistage organisé repose, par ailleurs, sur un **dialogue patient – médecin**, ce dernier évaluant la situation du patient et lui expliquant les modalités du test à réaliser. Ce dialogue constitue un élément-clé de l'adhésion au dépistage du cancer colorectal. Or, il apparaît que le sujet du dépistage du cancer colorectal n'est pas suffisamment abordé en consultation : 62 % des patients de la population-cible se souviennent avoir reçu la lettre d'invitation au dépistage mais seulement 42 %[11] en parlent ensuite à leur médecin traitant. De leur côté, les médecins traitants, s'ils sont convaincus de l'importance de leur rôle dans ce dépistage, ne sont à l'initiative du dialogue sur le sujet que dans la moitié des cas[12].

[9] Etude FADO-colorectal (InVS, 2009), étude EDIFICE côlon (2008), enquête INCa/BVA (2009).
[10] Enquête barométrique INCa/BVA, *Les Français face au dépistage des cancers*, deuxième vague de l'enquête barométrique janvier/février 2009.
[11] Enquête barométrique INCa/BVA, *Les Français face au dépistage des cancers,* janvier/février 2009.
[12] Enquête INCa/BVA, *Médecins généralistes et dépistage des cancers*, septembre 2010, réalisée auprès de 600 médecins généralistes.

4. Le rôle du médecin traitant

Le médecin traitant occupe un rôle central au sein du dispositif de dépistage organisé du cancer colorectal. Il recueille en effet le consentement du patient, évalue les situations d'exclusion et remet le test, en expliquant ses modalités de réalisation et les conséquences en cas de positivité.

Information et orientation

Le rôle du médecin traitant est déterminant dans l'adhésion du patient au programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Ainsi, la deuxième vague de l'enquête baromètrique « Les Français face au dépistage des cancers »[13] montre qu'une fois le test de dépistage remis par le médecin traitant, une grande majorité des personnes interrogées (89 %) déclare l'effectuer.

Le rôle du médecin traitant est d'autant plus important que la connaissance des modalités du dépistage au sein de la population, bien qu'en progression, reste à améliorer. Le dialogue avec le médecin peut, par ailleurs, permettre de mieux comprendre l'importance du dépistage et de dédramatiser sa réalisation.

Un dépistage à ancrer dans la pratique du médecin traitant

La majorité des médecins se sent concernée par le dépistage du cancer colorectal[14]. Ainsi, 66 % des médecins généralistes perçoivent leur rôle dans ce dépistage comme étant indispensable. Par ailleurs, si leur opinion apparaît contrastée quant à la sensibilité et la spécificité du test au gaïac, leur perception du dépistage organisé du cancer colorectal est très majoritairement positive : 89 % d'entre eux déclarent que le programme de dépistage organisé est de bonne qualité, 88 % qu'il est simple.

Le dépistage du cancer colorectal ne s'installe, en revanche, que très progressivement dans la pratique des médecins généralistes. En termes de dialogue avec le patient tout d'abord, puisque les médecins déclarent que, dans près de la moitié des cas (48 %), le sujet du dépistage est abordé initialement par le patient lui-même. Par ailleurs, ils ne sont que 34 % à déclarer vérifier systématiquement la réalisation de ce dépistage chez leur patientèle de 50-74 ans.

L'inscription du dépistage du cancer colorectal dans la pratique des médecins évolue cependant positivement, parallèlement à la montée en charge du programme de dépistage

[13] Enquête INCa/BVA, *Les Français face au dépistage des cancers*, janvier/février 2009.
[14] Enquête INCa/BVA, *Médecins généralistes et dépistage des cancers*, septembre 2010.

organisé, comme le montrent les résultats des études EDIFICe[15] et de l'INCa réalisées respectivement en 2005, 2008 et 2010, même si la formulation différente des questions ne permet pas une comparaison linéaire[16].

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit de faciliter la participation des médecins traitants aux programmes de dépistage organisé des cancers et de les impliquer dans ces programmes (action 16.1). Plusieurs actions sont menées afin de les accompagner et de les impliquer davantage dans le programme de dépistage organisé du cancer colorectal (voir la fiche « Des actions à destination des professionnels de santé »).

[15] Etudes Roche/TNF Sofres « EDIFICE » réalisées en 2005 et 2008.

[16] Il existe une différence entre les deux questions, celle d'Edifice se faisant plutôt le reflet de la conviction du médecin « recommandez-vous ?» peut s'entendre « recommanderiez-vous ? » alors que celle de l'étude barométrique se veut plus proche de la pratique « vérifiez-vous ? » peut s'entendre « vérifiez-vous en pratique, au-delà de votre conviction? ».

5. Vers les tests immunologiques

Le test immunologique repose sur la détection de la présence d'hémoglobine humaine dans les selles grâce à l'utilisation d'anticorps monoclonaux ou polyclonaux, spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine.

Le passage aux tests immunologiques en remplacement du test au gaïac de recherche de sang dans les selles, actuellement utilisé dans le cadre du programme national de dépistage organisé, est décidé.

Cette décision est issue d'un ensemble de données recueillies sur l'intérêt de ces tests après analyse des expérimentations réalisées, dont sept dans des départements français, et s'appuie sur l'avis de la HAS de 2008 et le rapport de l'INCa de 2011.

Le Plan cancer 2009-2013 prévoit, par ailleurs, dans l'action 16.3, de « déployer progressivement l'utilisation du test immunologique de dépistage du cancer colorectal sur l'ensemble du territoire ».

En 2008, la Haute Autorité de Santé avait recommandé « une mise en place du processus de substitution du test au gaïac par un test immunologique au sein du programme de dépistage organisé en France », en précisant toutefois que « les conditions optimales d'utilisation des tests restaient à déterminer ».

Publiée en novembre dernier, la synthèse des résultats des différentes expérimentations a fait l'objet d'un rapport de l'INCa relatif aux modalités de migration vers l'utilisation des tests immunologiques dans le cadre du programme national de dépistage organisé. Ce rapport[17] apporte des éléments de précision sur :

- les modalités d'utilisation optimales pour les trois principaux tests immunologiques à lecture automatisée ;
- les spécificités cliniques et pratiques à prendre en considération pour la comparaison des différents tests immunologiques, dans le cadre d'un programme national ;
- les modifications organisationnelles préalables à cette substitution.

Un test plus performant et plus fiable

Selon les modalités d'utilisation les plus fréquemment étudiées, les différentes études colligées montrent que ces tests permettent de détecter 2 à 2,5 fois plus de cancers et 3 à 4

[17] Disponible sur le site de l'INCa : http://www.e-cancer.fr/component/docman/doc_download/7883-synthese-relative-aux-modalites-de-migration-vers-lutilisation-des-tests-immunologiques-dedepistage

fois plus d'adénomes avancés que le test actuel avec cependant un nombre de coloscopies au moins 2 fois plus important.

Les gains de sensibilité associés aux tests immunologiques concernent davantage les lésions précancéreuses. Ces tests diagnostiquent plus souvent des cancers localisés, à un stade débutant, ce qui permet une prise en charge thérapeutique des lésions plus précoce et donc plus efficace. L'expérimentation menée dans deux départements utilisant le test OC Sensor® montrait une détection de 71% de cancers de stade Tis (*in situ*) et de stades I et II, contre 55% pour le test au gaïac.

De plus, les tests étant spécifiques de la partie globine de l'hémoglobine humaine, ils ne peuvent donc pas être positifs en présence d'hémoglobine animale issue de l'alimentation. Ils permettent de détecter des saignements plus faibles que ceux détectés avec le test au gaïac.

Des expérimentations françaises couvrant des domaines variés

Plusieurs études (in vitro et in vivo) ont été menées en France et se sont attachées à :

- comparer les performances de détection des tests en fonction de différentes concentrations d'hémoglobine dans les selles,
- comparer les performances des différents tests immunologiques au test de référence ou entre eux,
- comparer la stabilité de l'hémoglobine dans le tampon des tests en fonction du délai de lecture et de l'exposition à la chaleur sur les trois principaux tests immunologiques (Magstream®, OC Sensor® et FOB Gold®),
- mesurer l'acceptabilité de ces tests par la population-cible et évaluer le rapport coût/efficacité.

Une plus grande simplicité de réalisation, susceptible d'augmenter la participation

La réalisation du test immunologique est plus simple que celle du test au gaïac : un prélèvement de selles unique contre six sur trois jours, une technique de prélèvement plus fiable qui limite le contact avec la selle et une ergonomie du test mieux étudiée, ce qui est susceptible d'impacter l'acceptabilité du test par la population.

Afin d'envisager le passage aux tests immunologiques avec un seul prélèvement, la Direction générale de la santé a demandé un complément de données à l'INCa confirmant que l'utilisation d'un seul prélèvement de selles permet d'atteindre les mêmes performances qu'une modalité nécessitant deux prélèvements à la condition d'un seuil de positivité inférieur.

Le choix d'une modalité à un prélèvement unique a été fait en raison de la diminution du délai entre la réalisation du test et sa lecture garant de sa fiabilité, avec un probable impact sur l'acceptabilité par les personnes qui ne pratiqueraient qu'un seul prélèvement. L'étude menée par Van Rossum en 2008[18] montrait une augmentation de 13% de la participation au dépistage pour les individus ayant réalisé le test OC Sensor® par rapport à ceux ayant réalisé le test Hemoccult II® (test au gaïac).

Une lecture automatisée augmentant l'assurance qualité

La lecture automatisée de ces tests garantit à la fois une meilleure fiabilité et une reproductibilité des procédures de révélation des tests de recherche de sang dans les selles, qui permet de renforcer l'assurance qualité de la lecture. De plus, la capacité de lecture importante des automates permet de traiter un grand volume de tests immunologiques par jour et d'envisager une optimisation de celle-ci.

Les automates d'analyse permettent tous une lecture optique des codes-barres facilitant l'identification des échantillons, une transmission et un archivage informatique des résultats et une possibilité de modulation du seuil de positivité.

Une occasion de remobiliser les médecins généralistes

Les résultats des enquêtes menées auprès des médecins généralistes montrent une opinion contrastée sur le test de dépistage au gaïac[19]. L'efficacité du test immunologique est susceptible de remobiliser les professionnels de santé. De plus, la réalisation plus simple de ce test devrait permettre aux médecins généralistes de convaincre plus facilement leurs patients de faire le test de dépistage.

Utilisation des tests immunologiques en Europe

En 2010, l'INCa a sollicité les dix pays qui utilisent le test immunologique comme test de dépistage du cancer colorectal, à partir du groupe d'experts de l'Alliance Internationale du Cancer Digestif (IDCA). Parmi ces pays, ils sont cinq à utiliser la modalité du prélèvement unique. Le test le plus fréquemment utilisé est le test OC Sensor®.

Décision nationale

Début 2012, le comité national stratégique des dépistages des cancers, instance de pilotage national prévue dans le Plan cancer, présidée par la Direction générale de la santé, a donné un

[18] Van Rossum, L.G., et *al., Random comparison of guaiac and immunochemical fecal occult blood tests for colorectal cancer in a screening population*. Gastroenterology, 2008. 135(1) : p. 82-90.

[19] Enquête INCa/BVA, *Médecins généralistes et dépistage des cancers* (voir la fiche 4)

avis favorable au principe du passage aux tests immunologiques sur la base d'un prélèvement unique.

Le passage effectif à cette nouvelle modalité nécessite au préalable un appel d'offres européen sur la base d'un cahier des charges pour la mise en concurrence des différents fabricants qui existent sur le marché.

Ce cahier des charges, qui reste à rédiger devra, notamment, fixer les performances attendues du test qui sera retenu dans le cadre du programme national de dépistage et l'organisation de lecture de ces tests sur le territoire national. Compte tenu des délais incompressibles nécessaires pour lancer cet appel d'offres, les tests immunologiques **pourront être disponibles en France vers début 2013.**

Mars bleu 2012 : le dispositif d'information

1. « Dès 50 ans, c'est le moment… de parler du dépistage du cancer colorectal avec son médecin traitant »

Pour la 5e année consécutive, le mois de mars sera l'occasion de se mobiliser contre le cancer colorectal. Pour répondre aux objectifs de participation au dépistage fixés par le Plan cancer 2009-2013, l'INCa, en partenariat avec le ministère chargé de la Santé, l'Assurance maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime social des indépendants (RSI), déploie une campagne d'information et de communication en faveur du dépistage du cancer colorectal **visant à sensibiliser les populations concernées, à mobiliser les professionnels de santé et accompagner les acteurs de terrain**.

Dans la continuité du programme de communication de 2011, ce dispositif d'information a pour principal objectif de **favoriser le dialogue** sur le dépistage du cancer colorectal entre la personne concernée et son médecin traitant. Il apparaît, par ailleurs, nécessaire de continuer à améliorer la connaissance des modalités du dépistage organisé du cancer colorectal et de lever les freins qui persistent chez les 50-74 ans (fait de ne pas se sentir concerné, peur liée aux résultats du dépistage ou au cancer lui-même, confusion entre diagnostic et dépistage)[20].

La stratégie d'information adoptée repose cette année sur cinq axes principaux :

- créer une **parole réflexe** sur le dépistage du cancer colorectal avec le médecin traitant : « Dès 50 ans, c'est le moment… de parler du dépistage du cancer colorectal avec mon médecin traitant » ;
- **poursuivre la pédagogie** sur le bénéfice et les modalités concrètes du dépistage (un test simple à faire chez soi, indolore et gratuit) pour désamorcer les freins individuels et les fausses croyances ;
- renforcer le dispositif auprès des populations les plus difficiles à sensibiliser via des actions de proximité et des campagnes ciblées ;
- sensibiliser et mobiliser les médecins généralistes, acteurs clés du dépistage ;
- affirmer les enjeux de santé publique liés à ce dépistage.

[20] Etude FADO-colorectal (InVS, 2009), étude EDIFICE côlon (2008), enquête INCa/BVA (2009).

Une campagne nationale pour favoriser le dialogue avec le médecin traitant et rappeler les modalités du dépistage du cancer colorectal

Une campagne sera diffusée à la télévision, dans la presse et sur Internet pendant le mois de mars.

Une campagne TV du 4 au 25 mars

La campagne TV « Des chiffres et des lettres », parodie du célèbre jeu télévisé, a pour objectif d'inciter les personnes concernées à parler du dépistage du cancer colorectal avec leur médecin traitant. Dans cette optique, le spot s'attache à mettre le sujet à l'esprit du grand public en insistant particulièrement sur les modalités simples du test de dépistage.

Le spot met en scène deux candidats sur le plateau du jeu « Des chiffres et des lettres ». Les lettres C-O-L-O-R-E-C-T-A-L apparaissent à l'écran, résultat du tirage des voyelles et des consonnes. Les candidats s'attèlent alors à trouver « le mot le plus long ». Au bout du temps imparti à la réflexion, contre toute attente, le candidat propose le mot « COLORÉ ». La voix off conclut alors : « Le dépistage du cancer colorectal, le mot est difficile à dire mais le test est facile à faire ».

La campagne TV sera diffusée en format 25 secondes, du 4 au 25 mars, sur les chaînes hertziennes (TF1, France 2 et France 3), une sélection de chaînes de la TNT, du câble et du satellite (Arte, TMC, France 4, Syfy, Discovery Channel, 13ème rue, Planète Thalassa, TV5, TV Breizh, LCI, Jimmy, BFM TV et Direct 8) et sur une sélection de chaînes des DOM.

Une campagne presse les 11 et 18 mars

Une campagne presse sera diffusée dans la **presse quotidienne régionale**, à raison de deux parutions les dimanches 11 et 18 mars (ou le lundi suivant pour les titres ne paraissant pas le dimanche), sur l'ensemble du territoire métropolitain et dans les DOM.

Les annonces presse, par un traité illustratif simple et universel, incitent, à partir de 50 ans, à parler du dépistage du cancer colorectal avec son médecin traitant.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
50 ans c'est le moment
tous les 2 ans jusqu'à 74 ans
Bon réflexe ! Parle de test de dépistage à ton médecin.
J'ai 50 ans, je dis COLORECTAL.
À PARTIR DE 50 ANS, LE BON RÉFLEXE POUR TOUS, C'EST DE PARLER DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT. Il vous remettra un test gratuit, simple et indolore à faire chez vous, aux toilettes. Quand il est dépisté à temps, un cancer colorectal peut être guéri dans 9 cas sur 10.
ONCERINFO 0810 810 821

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
50 ans c'est le moment
tous les 2 ans jusqu'à 74 ans
Dites Aaa...
COLORECTAL !
À PARTIR DE 50 ANS, LE BON RÉFLEXE, C'EST DE PARLER DU DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL AVEC VOTRE MÉDECIN TRAITANT. Il vous remettra un test gratuit, simple et indolore à faire chez vous, aux toilettes. Quand il est dépisté à temps, un cancer colorectal peut être guéri dans 9 cas sur 10.
ONCERINFO 0810 810 821

Une campagne pédagogique sur Internet

Un film d'animation de deux minutes sur les modalités concrètes du dépistage du cancer colorectal sera accessible *via* la rubrique du site Internet de l'INCa dédiée à cette thématique : www.e-cancer.fr/depistage/cancer-colorectal. Il vise à faire comprendre, au plus grand nombre, l'intérêt du dépistage du cancer colorectal, et à en préciser les modalités concrètes. Le ton est volontairement simple, explicatif et dédramatisant.

Le film sera promu par **une campagne de bannières** durant tout le mois de mars, sur les sites des titres de presse régionale, le portail Orange, les sites d'Horyzon clics, et sur de nombreux sites d'actualités. **Une campagne d'achats de mots-clés** sur Google complètera le dispositif de promotion qui vise en premier lieu les hommes de 50 à 55 ans, public qui participe le moins au dépistage.

Une campagne dans les bureaux de poste du 5 au 18 mars

Une version courte de 15 secondes du film d'animation sera également diffusée dans 1600 bureaux de poste équipés d'écrans LCD, du 5 au 18 mars. Ce dispositif mis en place dans un environnement non dédié à la santé devrait permettre de toucher un public peu ou pas exposé aux campagnes de santé publique et qui ne bénéficie pas d'un suivi régulier par un médecin traitant.

Un dispositif renforcé auprès des populations les plus difficiles à sensibiliser

Cette année, le dispositif sera renforcé auprès de certaines populations susceptibles d'une moins bonne participation au dépistage : les hommes et femmes les plus jeunes (50-60 ans) de la tranche d'âge concernée, les personnes d'origine migrante, les professions indépendantes (commerçants, artisans, professions libérales) et les populations issues de catégories socioprofessionnelles défavorisées.

Auprès des hommes et des femmes les plus jeunes (50-60 ans), le dispositif sera notamment renforcé par des choix tactiques en média qui permettront de cibler particulièrement cette population en télévision (*via* des chaînes et des tranches horaires spécifiques) et sur Internet (*via* des sites particulièrement visités par les hommes de cette tranche d'âge).

Auprès des populations d'origine migrante, plusieurs actions sont prévues :

- **une campagne radio** diffusée sur les stations Africa n°1, Beur FM et Radio Orient, du 4 au 25 mars. Les deux spots, écrits autour d'une devinette insolite, sont interprétés par Smaïn et Patson, deux humoristes très populaires, notamment auprès des publics d'origine maghrébine et africaine ;
- **des émissions spéciales** seront retransmises sur ces mêmes radios, avec la participation de professionnels de santé experts du dépistage du cancer colorectal, qui répondront en direct aux questions des auditeurs.

Concernant les professions indépendantes, traditionnellement peu ancrées dans le parcours de santé[21], une campagne presse paraîtra dans les principaux titres destinés aux commerçants, artisans et professions libérales : le 15 février dans L'entreprise Libérale, le 1er mars dans Le Monde des Artisans et le 8 mars dans Commerce mag'.

[21] En 2010, le taux moyen de participation des bénéficiaires invités par le Régime Social des Indépendants était de 21,5 %. (Données RSI).

Auprès des personnes en situation de vulnérabilité sociale, des actions de sensibilisation sont menées en partenariat avec l'Union nationale des centres communaux d'action sociale (UNCCAS) et l'Agence nationale pour la cohésion sociale et l'égalité des chances (Acsé). L'ensemble des CCAS/CIAS et des Ateliers santé ville sont informés de la campagne nationale et des outils de proximité leur sont proposés afin de faciliter la mise en œuvre d'actions spécifiques.

Un accompagnement des acteurs locaux pour relayer la mobilisation sur le terrain

Comme chaque année, la campagne sera accompagnée d'une large diffusion d'outils pour animer les actions d'information des acteurs locaux et des nombreux partenaires impliqués sur le dépistage du cancer colorectal (structures en charge de l'organisation des dépistages, professionnels de santé, associations…).

Une affichette événementielle

Avec une illustration simple et universelle, cette affichette incite à parler du dépistage du cancer colorectal avec son médecin traitant.

Elle est déclinée en plusieurs formats : abribus, flan de bus et arrière de bus.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
50 ans et plus
J'ai 50 ans, je dois COLORECTAL.
Bon réflexe ! Parle de dépistage à ton médecin
PARLEZ DU DÉPISTAGE AVEC VOTRE MÉDECIN

Un dépliant d'information grand public

Ce dépliant explique l'importance du dépistage organisé du cancer colorectal et ses modalités.

Ce dépistage est-il pris en charge à 100 % par l'assurance maladie ?
Face au cancer colorectal, il y a des moyens pour agir
dépistage du cancer colorectal
50 ans et plus
CANCERINFO 0810 810 821

Une affichette traduite en 5 langues

Traduite en portugais, arabe, chinois, turc et anglais, cette affiche a pour objectif de remédier à la barrière de la langue et de permettre au plus grand nombre de se sentir concerné par le message d'incitation au dépistage.

Sont également disponibles de nombreux autres outils pour accompagner la mobilisation nationale : des jetons de caddie, des cartes postales, l'exposition mobile, la brochure pédagogique illustrée avec Jérôme Bonaldi et le mode d'emploi illustré du test de recherche de sang dans les selles (en français et en arabe).

Un dispositif dans les zones rurales en partenariat avec la Mutualité sociale agricole

A l'image de l'opération menée à l'occasion d'Octobre rose 2011, l'INCa et la Mutualité sociale agricole (MSA) réitèrent leur partenariat en lançant une opération de mobilisation des caisses de la MSA. Dotées d'un Café bleu, les caisses organisent un événement local autour du dépistage organisé du cancer colorectal.

2. Des actions à destination des professionnels de santé

Les professionnels de santé, et notamment les médecins traitants, constituent un maillon essentiel du programme de dépistage organisé du cancer colorectal. Le baromètre INCa/BVA « Médecins généralistes et dépistage des cancers » montre que le dépistage du cancer colorectal s'installe progressivement dans leur pratique (Fiche 4).

De nombreuses actions ont déjà été mises en œuvre depuis le début du programme pour informer et accompagner ces professionnels de santé, parmi lesquelles la formation des médecins généralistes sur ce dépistage par les structures départementales en charge de l'organisation des dépistages et la visite, sur cette thématique, des délégués de l'Assurance maladie auprès de 45 000 médecins traitants en 2010.

Afin de continuer à impliquer et mobiliser ces professionnels de santé, plusieurs actions sont menées dans la presse spécialisée ainsi que sur le site Internet de l'Institut national du cancer (www.e-cancer.fr) :

- **une surcouverture événementielle dans le Quotidien du Médecin** du 13 mars pour rappeler les enjeux liés au dépistage du cancer colorectal et sensibiliser les médecins généralistes ;
- **une double page rédactionnelle dans la Revue du Praticien / Médecine générale**, le 19 mars, présentant un dossier complet sur le cancer colorectal, son dépistage et le rôle clé du médecin traitant au sein du dispositif ;
- **une affichette destinée à la salle d'attente du médecin**, comme ultime « pour mémoire », pour rappeler qu'il est important de parler du dépistage lors de la consultation ;
- **un dossier complet sur le site internet de l'INCa** comprenant notamment : un diaporama « Niveaux de risques et stratégie de dépistage du cancer colorectal », des fiches argumentaires sur le test au gaïac et les tests immunologiques, et des fiches synthétiques sur le cancer colorectal, de l'épidémiologie à la prise en charge.

DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL
50 c'est le moment
Dites Aaa...
COLORECTAL !
ICI, VOUS ÊTES AU BON ENDROIT POUR PARLER DU DÉPISTAGE.

Fiche annexe

1. L'épidémiologie du cancer colorectal

Incidence

En 2011, on estimait à 40 500 environ[22] le nombre de nouveaux cas de cancer colorectal en France dont 53 % survenant chez l'homme. Le cancer colorectal se situe ainsi au 3ème rang des cancers les plus fréquents derrière le cancer de la prostate (71 000 nouveaux cas) et le cancer du sein (53 000)[23].

Tableau 1 : Nombre estimé de nouveaux cas de cancers en France selon la localisation, 2011

Localisation cancéreuse	Hommes	Femmes	Total
Prostate	71 000	-	71 000
Sein	-	53 000	53 000
Côlon-rectum	21 500	19 000	40 500
Poumon	27 500	12 000	39 500

Source : d'après les Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 (InVS, Inserm, INCa, Francim, Hospices civils de Lyon)

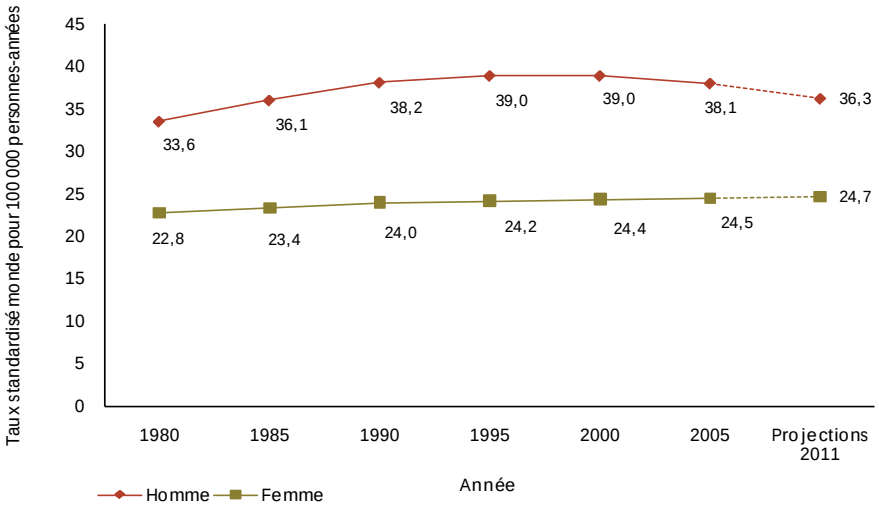
Entre 1980 et 2005, les taux d'incidence (standardisés[24] à la population mondiale) du cancer colorectal ont augmenté passant de 33,6 à 38,1 cas pour 100 000 chez l'homme et de 22,8 à 24,5 pour 100 000 chez la femme (cf. figure 1). Cependant, les tendances récentes montrent **un ralentissement de l'évolution des taux d'incidence** pour les deux sexes entre 2000 et 2005. Cette évolution, avérée aux Etats-Unis, reste à confirmer en France. Les raisons de cette baisse ne sont pas encore établies.

[22] Les projections nationales d'incidence 2011 (InVS, Inserm, INCa, Francim, HCL) sont issues d'une modélisation statistique des données d'incidence enregistrées dans les registres départementaux des cancers entre 1975 et 2006 (2006 étant la dernière année pour laquelle les données sont disponibles).

[23] *La situation du cancer en France en 2011*. Collection Rapports et synthèses. Institut National du Cancer, octobre 2011.

[24] Les taux standardisés permettent de s'affranchir des effets liés à la démographie (structure par âge de la population, augmentation de la population) et de pouvoir comparer les données d'incidence et de mortalité d'une année sur l'autre ou d'un pays à l'autre.

Figure 1 : Evolution de l'incidence (taux standardisé monde estimés) du cancer du côlon-rectum de 1980 à 2005 selon le sexe. Projections pour l'année 2011.



Sources: période 1980 à 1985 [Belot A, 2008] ; période 1990 à 2011 [HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011]
Traitement : INCa 2011, Source: [INCa 2010, La situation du cancer en France en 2010]

Mortalité

Avec environ 17 500 décès estimés en 2011[25] dont 53 % chez l'homme, le cancer colorectal est la deuxième cause de décès par cancer en France après le cancer du poumon (29 100 décès).

Tableau 2 : Nombre estimé de décès par cancer en France selon la localisation, 2011

Localisation cancéreuse	Hommes	Femmes	Total
Poumon	21 000	8100	29 100
Côlon-rectum	9200	8300	17 500
Sein	-	11 500	11 500
Prostate	8700	-	8700

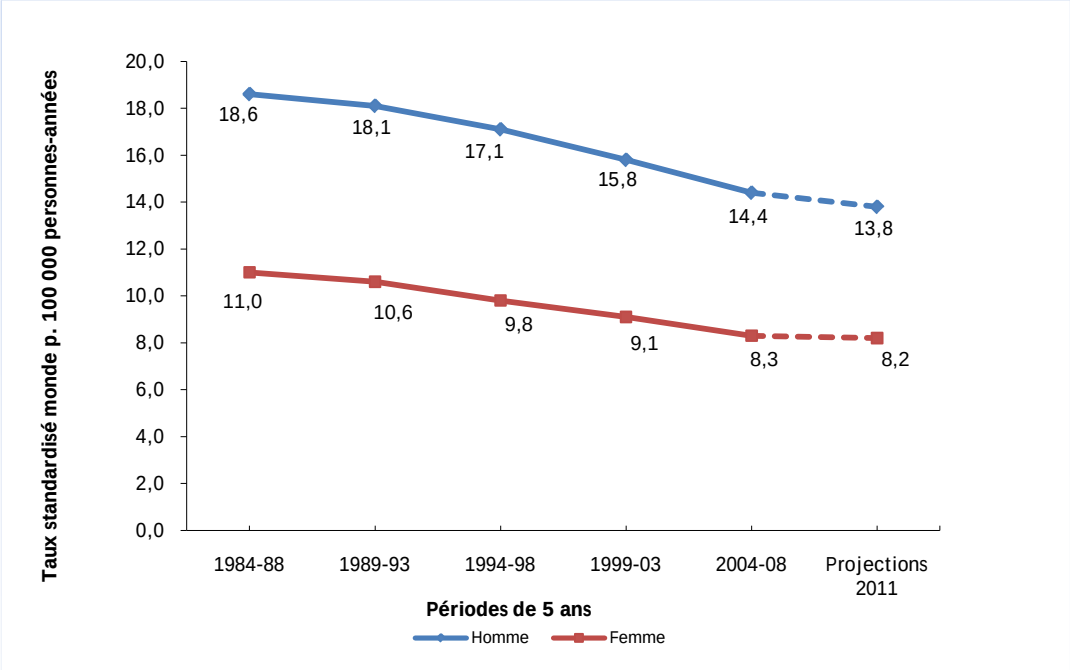
Source : d'après les Projections de l'incidence et de la mortalité par cancer en France en 2011 (InVS, Inserm, INCa, Francim, Hospices civils de Lyon)

[25] Les projections nationales de mortalité 2011 sont issues d'une modélisation statistique des données observées de mortalité sur la France entière entre 1975 et 2008 (2008 étant la dernière année pour laquelle les données sont disponibles).

Les taux de mortalité observée (standardisés à la population mondiale) diminuent régulièrement depuis les années 80 chez l'homme comme chez la femme témoignant d'une **amélioration de la survie des patients** présentant un cancer colorectal (cf. figure 2).

Entre les périodes 1984-88 et 2004-08, les taux ont diminué passant chez l'homme de 18,6 à 14,4 pour 100 000 soit une baisse de 23 % et chez la femme de 11,0 à 8,3 pour 100 000 soit une baisse de 25 %. Chez l'homme, la baisse s'est particulièrement accélérée lors de la deuxième décennie entre 1994-98 et 2004-08 : - 16 % (contre - 8 % entre 1984-88 et 1994-98).

Figure 2 - Évolution de la mortalité (taux standardisés monde observés) par cancer du côlon-rectum de 1984-88 à 2004-08 selon le sexe. Projections pour l'année 2011



Sources: [InVS/CépiDc Inserm 2011] [HCL/InVS/INCa/Francim/Inserm, 2011], Traitement : INCa 2011

Survie

Le cancer colorectal est un cancer dit « de pronostic intermédiaire » avec un taux de survie relative à 5 ans estimé à 56 % selon une étude du réseau Francim des registres de cancers en collaboration avec les Hospices civils de Lyon[26]. Notons que la survie relative à 5 ans en France

[26] *Survie des patients atteints de cancer en France, étude des registres du réseau Francim*, Springer-Verlag France 2007.

est l'une des meilleures de l'Union européenne pour cette localisation. Selon l'étude Eurocare 4, le taux estimé en France dépasse la moyenne européenne estimée dans 23 pays européens (57 % *vs* 53,5 %)[27]. L'étude mondiale CONCORD place, quant à elle, la France au deuxième rang mondial chez la femme et au cinquième rang chez l'homme[28].

Le pronostic est étroitement lié au stade de développement de la maladie au moment du diagnostic. Selon les données américaines (les plus récentes), le taux de survie à 5 ans des patients diagnostiqués en 1999-2005 est de 90,8 % pour le stade local contre 69,5 % pour le stade régional (envahissement ganglionnaire) et 11,3 % à pour le stade métastasique[29].

Les résultats des campagnes de dépistage organisé dans les départements pilotes montrent que le programme de dépistage organisé du cancer colorectal a permis de détecter de 66 à 68 % de cancers de bon pronostic (stades I et II)[30].

[27] Milena S. *et al.*, *Eurocare 4. Survival of cancer patients diagnosed in 1995-1999. Results and commentary*. European Journal of Cancer, 45 (2009): 931-991.

[28] Michel P Coleman *et al.*, *Cancer survival in five continents: a worldwide population-based study (CONCORD)*, Lancet Oncol 2008 ; 9:730-56.

[29] Horner MJ *et al.* SEER *Cancer Statistics Review, 1975-2006*, National Cancer Institute. Bethesda, MD, http://seer.cancer.gov/csr/1975_2006/ based on November 2008 SEER data submission, posted to the SEER web site, 2009.

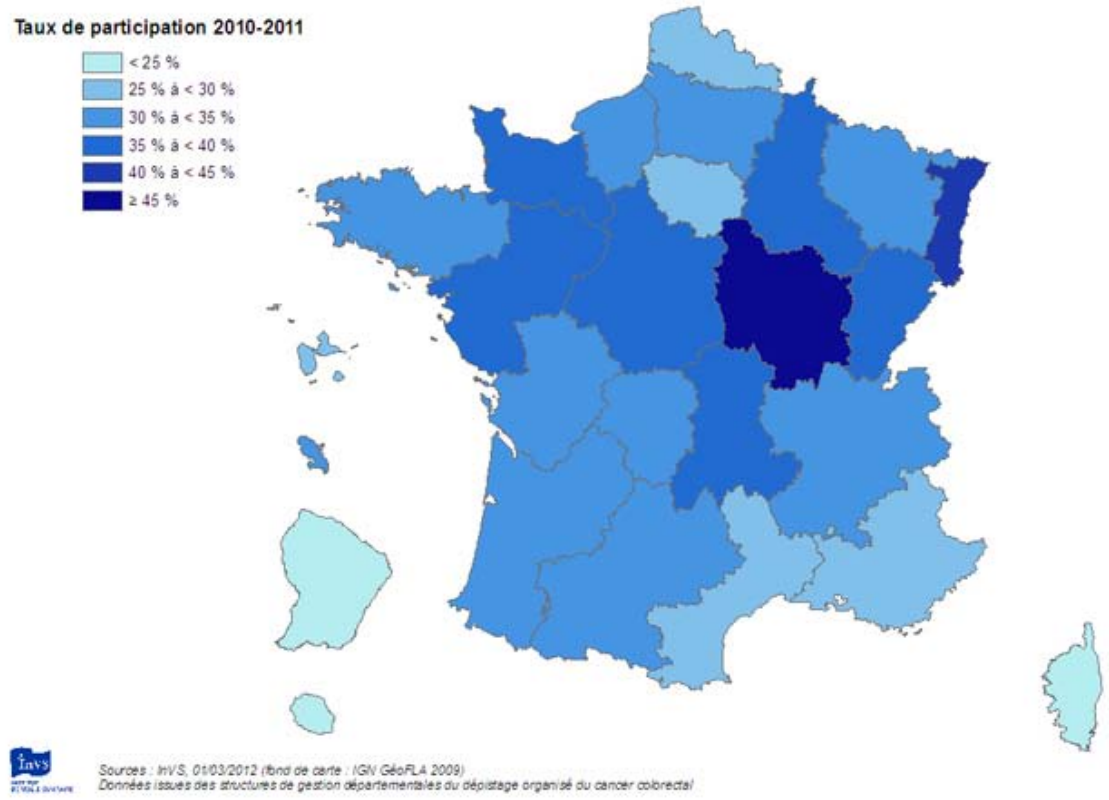
[30] Goulard H., Jezewski-Serra D., Duport N., Salines E., Danzon A., *Evaluation épidémiologique du dépistage organisé du cancer colorectal en France*, Résultats des programmes pilotes au-delà de la première campagne, InVS, décembre 2010.

Fiche annexe

2. Participation au programme de dépistage organisé (cartes InVS)

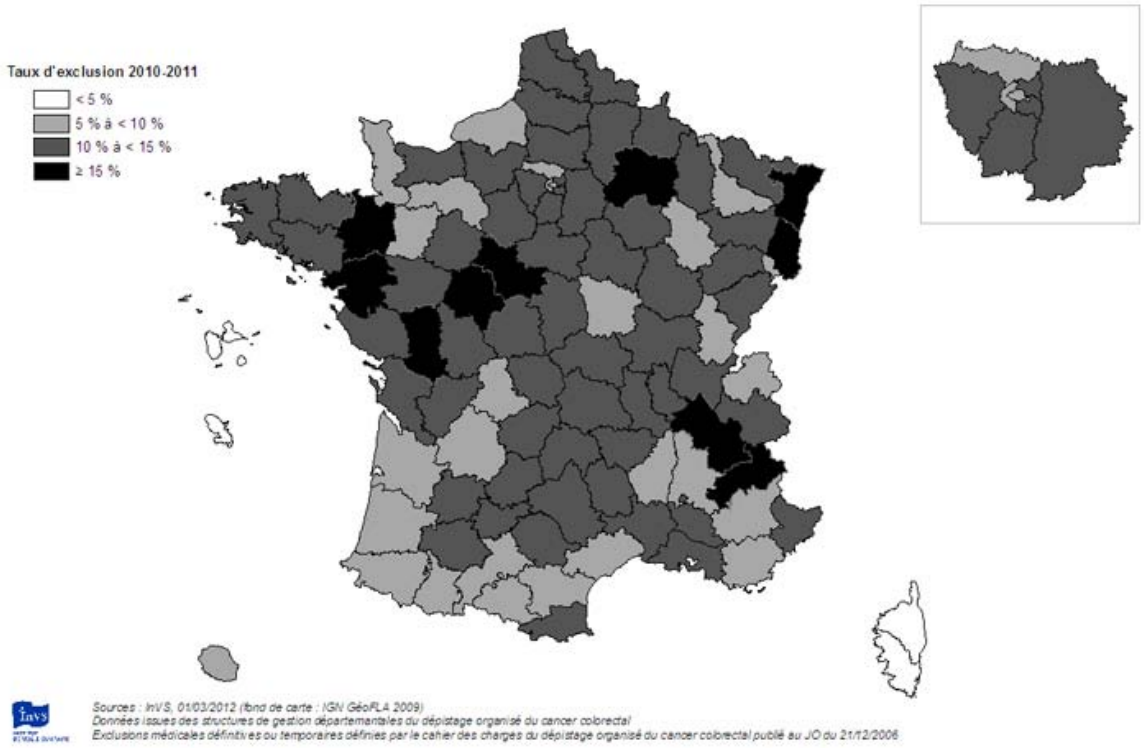
Ces cartes de l'Institut de veille sanitaire présentent les taux de participation au programme de dépistage organisé du cancer colorectal par région (voir la fiche 3 pour la participation par département), ainsi que les taux d'exclusions par département.

Programme de dépistage organisé du cancer colorectal
Années 2010-2011
Taux de participation régionaux standardisés (population de référence : France 2009)



Sources : InVS, 01/03/2012 (fond de carte : IGN GéoFLA 2009)
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal

Programme national de dépistage organisé du cancer colorectal
Années 2010-2011
Taux d'exclusions départementaux standardisés (population de référence : France 2009)



Sources : InVS, 01/03/2012 (fond de carte : IGN GéoFLA 2009)
Données issues des structures de gestion départementales du dépistage organisé du cancer colorectal
Exclusions médicales définitives ou temporaires définies par le cahier des charges du dépistage organisé du cancer colorectal publié au JO du 21/12/2006